Departamento de Salud y Bienestar de Idaho

SOLICITUD PARA OBTENER ASISTENCIA

PARA SOLICITAR BENEFICIOS, SIGA ESTOS PASOS FÁCILES

1. Complete la Solicitud

Complete la solicitud. Lea las preguntas con cuidado. Por favor sea exacto. Si usted está llenando la solicitud por otra persona, responda a las preguntas como se refieren a esa persona. Por favor firme y feche su solicitud. Para comenzar el proceso para solicitar Cupones de Alimentos inmediatamente, usted sólo necesita darnos su nombre, dirección y firma. Para Medicaid por favor complete el Cuestionario de Salud.

2. Provea Cualquier Comprobante Necesario

Observe el diagrama en la próxima página para ver el comprobante que se requiere para cada programa. Incluir copias de los comprobantes que se le piden con su solicitud ayudará a acelerar el proceso.

3. Tal vez se requiera una entrevista

Tal vez se le pida una entrevista y comprobantes para apoyar la información en su solicitud antes de que se haga una decisión sobre sus beneficios. Por favor contacte a su oficina local si no puede participar en una entrevista durante nuestras horas de oficina normales.

Idaho CareLine • IDHW
2-1-1
Get Connected. Get Answers.
Dial 2-1-1 or 1-800-926-2588

Proveemos servicios de intérprete sin costo alguno. Llame a Idaho CareLine al 2-1-1 ó al 1-800-926-2588, TDD 208-332-7205.

Manufactured by Alexander Clark Business Forms - Boise, Idaho - (208) 322-0611

OFRECEMOS LOS SIGUIENTES SERVICIOS:

Programa de Cupones de Alimentos

El Programa de Cupones de Alimentos ayuda a que las personas compren comida que necesitan para la buena salud. Las familias elegibles reciben una tarjeta en lugar de dinero para comprar alimentos.

Seguro de Salud del Estado

El Programa de Medicaid de Idaho ofrece planes de salud para ayudarle a obtener y pagar por el cuidado de la salud. El **Plan Básico de Medicaid** es para niños de bajos ingresos y adultos en edad para trabajar que no tienen necesidades especiales de salud. El **Plan Mejorado de Medicaid** es para personas con discapacidades o necesidades especiales de salud, incluyendo a los ancianos.

El **Programa de Conexiones Saludables** es un programa para el manejo de casos de cuidado primario de Medicaid de Idaho. La mayoría de personas que participan en uno de estos planes de beneficios de Medicaid deben registrarse en Conexiones Saludables. Para más detalles sobre los beneficios de Medicaid y Conexiones Saludables visite modernizemedicaid.idaho.gov.

Asistencia Monetaria

La Asistencia Temporal para Familias en Idaho (TAFI por sus siglas en inglés) provee asistencia monetaria, incluyendo pagos de una sola vez en casos de emergencia, para familias elegibles con niños viviendo en el hogar. La elegibilidad es una vez en la vida y está limitada a 24 meses para adultos.

La Asistencia para los Ancianos, Ciegos y Discapacitados (AABD) provee asistencia a personas o parejas de 65 años de edad o mayores o que están ciegos o discapacitados de acuerdo a las normas de Seguro Social.

Asistencia con el Cuidado de los Niños

El Programa para el Cuidado de los Niños (ICCP) ayuda a los padres de familia y a los cuidadores a pagar una porción de los gastos del cuidado de los niños mientras que los padres trabajan, buscan trabajo o asisten a la escuela o a un entrenamiento. Más información sobre este programa está disponible al contactar a Idaho CareLine marcando el 2-1-1 ó el programa para el cuidado de los niños al 1-866-343-2027.

PREGUNTAS QUE SE HACEN CON FRECUENCIA

¿Tengo que ser ciudadano?

De acuerdo a los Servicios de Ciudadanía e Inmigración de los EE.UU., si usted NO tiene una tarjeta de residente, los miembros de su familia que son elegibles pueden usar los beneficios que no son monetarios, incluyendo Medicaid, Cupones de Alimentos, WIC, asistencia con la vivienda, beneficios para los servicios públicos, entrenamientos de trabajo, cuidado para los niños, ayuda en tiempos de desastre, asistencia con la salud pública, etc., sin lastimar sus oportunidades de obtener su tarjeta de residente, su ciudadanía o el patrocinar a parientes en el futuro.

¿Tengo que divulgar mi número de seguro social y estado de ciudadanía?

Algunos miembros de la familia del solicitante pueden decidir no solicitar servicios del Departamento de Salud y Bienestar. En ese caso, ellos no tienen que proveer un número de seguro social ni su estado de ciudadanía o de inmigración. Los beneficios no se atrasarán ni se negarán si algunos miembros de la familia no participan.

Cualquier persona que solicita servicios, excepto con el cuidado de los niños, debe tener un número de seguro social o debe solicitar uno. Si sólo quiere Medicaid de Emergencia o si es la víctima de violencia doméstica, usted tal vez no tenga que mostrar su número de seguro o estado de inmigración. Usted sólo tiene que darnos información de ciudadanía o de inmigración para las personas que quieren ayuda, excepto cuando quieren ayuda con el cuidado de los niños.

Nosotros le podemos ayudar a solicitar un número de seguro social y los beneficios no le serán negados ni atrasados mientras que la solicitud está siendo procesada. Necesitamos los números de seguro para ayudarle a establecer paternidad, obtener sostenimiento para los niños y para cambiar o reforzar órdenes para el sostenimiento de los niños, incluyendo cobertura de seguro médico para un niño. Los números de seguro social no serán dados a los Servicios de Ciudadanía e Inmigración de los EE.UU.

¿Existe igual oportunidad para los participantes?

De acuerdo con la ley federal y la política del Departamento de Agricultura de los EE.UU. (USDA) y del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) se le prohíbe al Departamento de Salud y Bienestar de discriminar a causa de raza, color, origen nacional, sexo, edad o discapacidad. Bajo la Ley de los Cupones de Alimentos y la política del USDA, también se prohíbe la discriminación a causa de religión y de creencias políticas.

Para registrar una queja de discriminación, contacte al USDA o al HHS:

USDA, Director, Office of Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410 or
(800) 795-3272 (Voice)
(202) 720-6382 (TTY)

US Dept of Health & Human Services
Room 506 F, 200 Independence Ave. SW
Washington, DC 20201
ocrcomplain@hhs.gov
(202) 619-0403 (Voice)
(202) 619-3257 (TTY)

El USDA y el HHS son proveedores y empleadores de igual oportunidad.

Comprobantes Necesarios por Programa

Comprobantes que requiere cada programa del cual solicita beneficios

	SEGURO DE SALUD DEL ESTADO*	CUIDADO DE LOS NIÑOS**	CUPONES DE ALIMENTOS***	ASISTENCIA MONETARIA
Comprobante del estado de estudiante (de tiempo completo o medio tiempo)		✔	†	
Comprobante de ciudadanía	✔		✔	✔
Comprobante de que ha solicitado un número de seguro social (si aún no tiene uno)	✔		✔	✔
Tarjeta de Residente Extranjero (si no es ciudadano estadounidense) u otro documento de residencia	✔		✔	✔
Comprobante de cualquier tipo de seguro de salud	✔			
Comprobante de los ingresos* o cualquier dinero que entra en su hogar	†	✔	✔	✔
Las declaraciones más recientes de cuentas bancarias (de cheques, de cooperativas de crédito, de ahorros, etc.)	††		✔	✔
El valor de autos/camionetas u otros vehículos tales como motocicletas, lanchas, RVs	††		✔	✔
Comprobantes del valor actual de las acciones/bonos, certificados de depósito, seguro de vida, fideicomisos	††		✔	✔
Comprobante de identidad	✔		✔	
Comprobante de los gastos del cuidado de los niños		✔	†	✔
Registros de inmunizaciones de los niños que aún no asisten a la escuela		✔		✔
Nombre del proveedor del cuidado de los niños		✔		

* Por ejemplo, talones de cheques de los últimos 30 días si tiene trabajo o la declaración de impuestos federal actual si tiene su propio trabajo. (El proveer este comprobante para solicitar el seguro de salud del estado puede acelerar el proceso de determinación.)

** La cantidad de beneficios para el cuidado de los niños puede aumentar si usted provee comprobante del sostenimiento de los niños que ha pagado de los niños que no viven con usted.

*** La cantidad de Cupones de Alimentos puede aumentar si usted también provee comprobantes de estos gastos: del cuidado de los niños; el sostenimiento de los niños que ha pagado de los niños que no viven con usted; los gastos de vivienda; los gastos de los servicios públicos; los gastos médicos (incluyendo las medicinas recetadas) para personas con discapacidades o que son mayores de 60 años de edad.

† Pueda que se necesiten o no.

†† Adultos solamente.

SOLICITUD PARA OBTENER ASISTENCIA

HW 2000 Rev. 7/06

¿Qué idioma prefiere? Hablado _____ Por escrito _____

¿Desea tener un intérprete si se le entrevista? Uno será provisto a usted sin costo alguno. ☐ No ☐ Sí

☞ **COMPLETE LAS SECCIONES DE LA "A" A LA "E", LUEGO COMPLETE LA SECCIÓN APROPIADA DE LA CUAL LE GUSTARIA RECIBIR BENEFICIOS.** (Si necesita ayuda completando la solicitud, por favor pídala.)

A. INFORMACIÓN GENERAL – *Díganos quién es usted.*

Su Nombre	Inicial del Nombre Medio	Apellido	Nombres Anteriores, si los hay

Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal	Condado

Dirección para el correo (si es diferente)	Ciudad	Estado	Código Postal	Condado

Número de teléfono durante el día (trabajo, casa o celular)	Si no hay, ¿dónde dejamos mensaje? Teléfono:	Correo electrónico

☞ **POR FAVOR COMPLETE ESTA SECCIÓN DE ABAJO SI USTED ESTÁ SOLICITANDO CUPONES DE ALIMENTOS DE EMERGENCIA.**

¿Son algunos de los miembros de su hogar trabajadores migrantes o temporales ☐ No ☐ Sí

¿Son su renta/hipoteca y los servicios públicos más altos que su ingreso mensual antes de impuestos? ☐ No ☐ Sí

¿Son sus ingresos antes de los impuestos este mes menos de $150? ☐ No ☐ Sí

¿Son sus recursos (en efectivo, cuenta de cheques, ahorros) menos de $100? ☐ No ☐ Sí

Si usted califica, los beneficios de los Cupones de Alimentos de emergencia pueden comenzar dentro de siete días.

USO DE OFICINA SOLAMENTE

Case #: _____ ICCP/Family #: _____ Assigned to: _____

Appointment Date: _____ ☐ Received by Mail (postmarked) _____ Date Received: _____

Appointment Time: _____ **Expedite?** ☐ No ☐ Yes

Source Code

B. INFORMACIÓN DEL HOGAR – *Díganos sobre usted y de las personas que viven con usted.*

1. Por favor anote a cada persona que vive en su casa. Marque con una "X" en la casilla de beneficios el tipo de asistencia que cada persona quiere. Si una persona no desea asistencia, deje la casilla en blanco. Agregue otra página si es necesario. Los números de seguro social y estado de ciudadanía se requieren para aquellas personas pidiendo asistencia.

La información del doctor: anote el nombre, dirección y número de teléfono del doctor o clínica para cada persona pidiendo Medicaid.

Raza y Etnicidad (opcional): Por favor anote lo que describe mejor a cada persona. Esta sección es opcional y no afectará su elegibilidad.

Use estos códigos para ayudarle a completar estas secciones:

* **CÓDIGOS DEL ESTADO CIVIL:** **CA** – Casado **NC** – Nunca Casado **DI** – Divorciado **SE** – Separado **VI** – Viudo

** **CÓDIGOS PARA LAS RAZAS:** **BL** – Blanco **IA** – Indio Americano /Nativo de Alaska **NE** – Negro **A** – Asiático **HP** Nativo Hawaiano /Isla del

BENEFICIOS DESEADOS				NOMBRE (Primer, Del Medio, Apellido)	PARENTESCO (Conyuge, Hijo, Hijastro)	FECHA DE NACIMIENTO	SEXO	¿CIUDADANO?	# DE SEGURO SOCIAL	ESTADO CIVIL*	DOCTOR O CLÍNICA Y NÚMERO DE TELÉFONO	[OPCIONAL] HISPANO o LATINO	[OPCIONAL] RAZA **
					YO		☐ M ☐ F	☐ SÍ ☐ NO # de Extranjero: _____	_____-_____-_____			☐ SÍ ☐ NO	
							☐ M ☐ F	☐ SÍ ☐ NO # de Extranjero: _____	_____-_____-_____			☐ SÍ ☐ NO	
							☐ M ☐ F	☐ SÍ ☐ NO # de Extranjero: _____	_____-_____-_____			☐ SÍ ☐ NO	
							☐ M ☐ F	☐ SÍ ☐ NO # de Extranjero: _____	_____-_____-_____			☐ SÍ ☐ NO	
							☐ M ☐ F	☐ SÍ ☐ NO # de Extranjero: _____	_____-_____-_____			☐ SÍ ☐ NO	
							☐ M ☐ F	☐ SÍ ☐ NO # de Extranjero: _____	_____-_____-_____			☐ SÍ ☐ NO	
							☐ M ☐ F	☐ SÍ ☐ NO # de Extranjero: _____	_____-_____-_____			☐ SÍ ☐ NO	
							☐ M ☐ F	☐ SÍ ☐ NO # de Extranjero: _____	_____-_____-_____			☐ SÍ ☐ NO	

2. Díganos si alguien en la casa está embarazada

Nombre de la Madre Embarazada (Nombre y Apellido)	¿Cuántos niños van a nacer?	Fecha de Parto

Nombre de la Madre Embarazada (Nombre y Apellido)	¿Cuántos niños van a nacer?	Fecha de Parto

3. Díganos sobre los estudiantes en su casa – Anote a todos los miembros del hogar de 16 años o mayores que son estudiantes o planean asistir a la escuela.

Nombre del Estudiante	Qué escuela atiende	Último grado completado	Estado Estudiantil	Fecha de Comienzo
			☐ Tiempo Completo ☐ Medio Tiempo	
			☐ Tiempo Completo ☐ Medio Tiempo	
			☐ Tiempo Completo ☐ Medio Tiempo	

Me gustaría recibir asistencia con el servicio del teléfono. ☐ **No** ☐ **Sí**

B. Información del Hogar – *Díganos sobre usted y las personas que viven con usted.*

¿Hay alguien en su hogar que tiene una discapacidad? ☐ No ☐ Sí

¿Quién?_____

¿Hay alguien en su hogar que está solicitando o recibiendo beneficios del Seguro Social? ☐ No ☐ Sí

¿Quién?_____

¿Está recibiendo o solicitando Medicare? ☐ No ☐ Sí

¿Se movió a Idaho en los últimos 3 meses? ☐ No ☐ Sí

Si respondió que sí, ¿de dónde?

Ciudad_____ Estado _____ Condado _____

¿Hay alguien en su hogar que ha sido condenado por un crimen que involucra drogas? ☐ No ☐ Sí

Si respondió que sí, ¿quién y qué año fue condenado por el crimen?

Quién?_____ **Qué Año:** _____

¿Hay alguien en su hogar que ha sido condenado por un crimen que involucra drogas? ☐ No ☐ Sí

(Si respondió que sí, se le pedirá que dé información sobre ese padre a los Servicios del Sostenimiento de los Niños. Se le requiere que provea esta información para recibir la mayoría de beneficios a menos que tenga miedo de ser lastimada usted o sus hijos. Sin embargo, no se le requiere proveer esta información para solicitar sólo cobertura médica o cuidado de guardería para su hijo.)

Nombre del Padre Ausente: _____

_____

_____

C. Ingresos – *Díganos sobre el dinero en su hogar.*

1. ¿Hay alguien en la casa que tiene su propio negocio? ☐ No ☐ Sí Si respondió que sí, ¿quién?_____ Nombre del negocio: _____
2. Por favor anote todo el dinero que recibe o espera recibir de todos los miembros de la casa este mes. Si nadie en su casa recibe dinero, marque esta casilla ☐.

QUIÉN GANÓ/RECIBIÓ DINERO	TIPO DE DINERO RECIBIDO (ingresos, seguro social, sostenimiento de los niños, desempleo, regalos, propinas, etc.)	NOMBRE DEL EMPLEADOR	CADA CUÁNTO PAGAN (semanal, mensual, etc.)	$ POR HORA	HORAS POR SEMANA	CANTIDAD BRUTA POR CADA CHEQUE (Antes de impuestos o deducciones)
			☐ Semanal ☐ Cada 2 semanas ☐ Semi-mensual ☐ Mensual ☐ Anual			
			☐ Semanal ☐ Cada 2 semanas ☐ Semi-mensual ☐ Mensual ☐ Anual			
			☐ Semanal ☐ Cada 2 semanas ☐ Semi-mensual ☐ Mensual ☐ Anual			

D. Gastos – *Díganos si tiene algunos de los siguientes gastos:*

1. ¿Le está pagando a alguien fuera de la casa para cuidar a un niño o dependiente? Si es así, anote a cada uno, cuánto paga y cada cuánto.

NOMBRE DEL NIÑO O DEPENDIENTE	¿A QUIÉN LE PAGA?	CANTIDAD QUE PAGA Y CADA CUÁNTO PAGA
		$ _____ Cada cuánto: _____
		$ _____ Cada cuánto: _____

NOMBRE DEL NIÑO O DEPENDIENTE	¿A QUIÉN LE PAGA?	CANTIDAD QUE PAGA Y CADA CUÁNTO PAGA
		$ _____ Cada cuánto: _____
		$ _____ Cada cuánto: _____

2. ¿Recibe ayuda para pagar el cuidado? ☐ No ☐ Sí Si respondió que "Sí", nombre de la persona o agencia_____. ¿Cuánto pagan ellos? $ _____
3. Si alguien en su casa paga por el sostenimiento de un niño, anote la cantidad aquí: _____ ¿Quién paga? _____

E. Valores (Activos) – *Díganos sobre los valores en su hogar.*

1. ¿Tiene alguien en su casa dinero en efectivo a la mano? ☐ No ☐ Sí Si respondió que "Sí", ¿cuánto? $_____
2. ¿Hay alguien en su casa que tiene cuentas de cheques o de ahorros? ☐ No ☐ Sí Si respondió que "Sí" por favor complete lo siguiente por cada cuenta:

NOMBRE DEL DUEÑO	TIPO DE CUENTA	NOMBRE DEL BANCO O AGENCIA	NÚMERO DE CUENTA	BALANCE

3. ¿Hay alguien en su casa que tiene activos tales como acciones, bonos, fondos mutuos, 401Ks, IRAs, etc.? ☐ No ☐ Sí Si respondió que "Sí" por favor complete lo siguiente por cada cuenta:

NOMBRE DEL DUEÑO	TIPO DE CUENTA	NOMBRE DEL BANCO O AGENCIA	NÚMERO DE CUENTA	VALOR EN $

4. ¿Hay alguien en su casa que tiene Pólizas de Seguro de Vida o Fondos o Pólizas Funerarias? ☐ No ☐ Sí Si respondió que "Sí" por favor complete lo siguiente por cada cuenta:

NOMBRE DEL DUEÑO	TIPO DE CUENTA	NOMBRE DE LA PÓLIZA	VALOR NOMINAL EN $	VALOR EN EFECTIVO EN $

5. Anote el año, la marca, el modelo y el valor de cada carro, camioneta, motocicleta, tráiler, lancha, moto nieve y otros vehículos recreativos abajo.

AÑO	MARCA	MODELO	CANTIDAD QUE SE DEBE	VALOR

AÑO	MARCA	MODELO	CANTIDAD QUE SE DEBE	VALOR

6. ¿Cuál es el total valor de otros activos tales como terreno o propiedad excluyendo la casa en la que vive?

Artículo _____ Valor _____ Cantidad que debe _____

7. ¿Hay alguien en su casa que ha vendido, transferido o regalado dinero en efectivo, propiedad u otros activos – cosas que tenían – en los pasados 60 meses o 5 años? ☐ No ☐ Sí

QUIEN	FECHA	QUÉ ACTIVOS	$ RECIBIDO POR EL ACTIVO	VALOR DEL ACTIVO EN EL MERCADO JUSTO

F. Cupones de Alimentos *(Complete esta sección si desea Cupones de Alimentos)*

1. **Gastos de la Vivienda** (hipoteca/renta, seguro de propietario de casa, impuestos, irrigación, renta de espacio, etc.) $ _____
2. **Gastos Médicos** (incluya Medicare o primas de seguro de salud, doctor, dentista, recetas médicas, lentes, gastos de hospital, etc.) si es mayor de 60 años de edad o discapacitado $ _____
3. **Gastos de los Servicios Públicos:** por favor circule todos los servicios que paga:
   Calefacción Aire Acondicionado Agua Alcantarilla Basura
   Teléfono Otro: _____

G. Asistencia para Familias – *Seguro de Salud para Familias* *(Complete esta sección si desea seguro de salud para usted o para un niño.)*

¿Cuál es la diferencia entre la Asistencia con las Primas y los Planes de Cobertura Directa de Medicaid?

Asistencia con las Primas: Si usted desea ayuda pagando las primas de un seguro de salud privado, nosotros podemos compensar el costo de los pagos de las primas de hasta $100 por mes para cada niño, limitado a $300 por familia cada mes. Usted puede agregar a su hijo al plan de seguro patrocinado por su empleador o puede registrarse en un plan de seguro privado de su gusto. Usted es responsable por los pagos de las primas restantes, co-pagos y deducibles del plan seleccionado.

Plan Básico de Medicaid: Este plan de seguro de salud es manejado por el estado. Los detalles del plan se pueden encontrar en www.idahohealth.org. El ingreso contable de su familia determinará su elegibilidad para un plan de beneficio. Dependiendo en la cantidad del ingreso de su familia, puede haber un cobro de $10-15 por mes por cada niño elegible asociado con este seguro de salud. Usted puede ser responsable por los co-pagos en algunos servicios.

Plan Mejorado de Medicaid: Usted puede recibir beneficios mejorados si sus necesidades de salud no los cubre el plan Básico de Medicaid.

Anote el nombre de su hijo y luego escoja ya sea Asistencia con las Primas o el Plan de Seguro de Salud Directo para cada niño para el cual está pidiendo seguro de salud.

NOMBRE DEL NIÑO	ASISTENCIA CON LA PRIMA		COBERTURA DIRECTA
	☐	o	☐
	☐	o	☐
	☐	o	☐
	☐	o	☐

NOMBRE DEL NIÑO	ASISTENCIA CON LA PRIMA		COBERTURA DIRECTA
	☐	o	☐
	☐	o	☐
	☐	o	☐
	☐	o	☐

Si usted actualmente tiene seguro de salud, por favor responda a lo siguiente:

Nombre de la Compañía de Seguro _____ Número de Teléfono _____ # de Póliza _____

¿Hay alguien que está pidiendo seguro de salud que necesita ayuda pagando facturas médicas de los últimos tres meses? ☐ No ☐ Sí

Si respondió que "Sí", ¿quién?_____

Anote la cantidad de ingreso bruto (antes de impuestos) que recibió su familia cada uno de los pasados tres meses.

$_____ El Mes Pasado $_____ Hace Dos Meses $_____ Hace Tres Meses

¿Hay alguien en su casa que está actualmente recibiendo servicios o solicitando servicios de uno de los siguientes programas del Departamento? Por favor marque todos los que aplican.

☐ Programa para Bebés y Niños Pequeños ☐ Salud Mental para Niños o Adultos ☐ Discapacidad de Desarrollo Infantil o para Adultos ☐ Cuidado Temporal o Asistencia con Adopción

Su respuesta a esta pregunta no afecta su elegibilidad para recibir beneficios.

G. Asistencia para Familias – *Asistencia Temporal para Familias en Idaho* *(Complete esta sección si desea asistencia monetaria para usted o para un niño.)*

¿Están sus hijos al día con las vacunas? ☐ No ☐ Sí

Si usted está en el tercer trimestre de embarazo, ¿encuentra que no puede trabajar por razones médicas? ☐ No ☐ Sí ☐ N/A

¿Está solicitando asistencia monetaria de una sola vez? ☐ No ☐ Sí

- Si tiene una necesidad urgente que no puede pagar por cuenta propia, su familia tal vez sea elegible para un pago monetario de una sola vez.

H. Asistencia con el Cuidado de los Niños *(Complete esta sección si desea asistencia con el cuidado de los niños.)*

¿Viven ambos padres en la casa? ☐ No ☐ Sí

Por favor complete lo siguiente:

PADRE O GUARDIÁN PIDIENDO AYUDA	¿TRABAJANDO?		¿BUSCANDO TRABAJO?		¿EN LA ESCUELA O EN ENTRENAMIENTO?	
	☐ SÍ	☐ NO	☐ SÍ	☐ NO	☐ SÍ	☐ NO
	☐ SÍ	☐ NO	☐ SÍ	☐ NO	☐ SÍ	☐ NO

I. Asistencia para los Ancianos, Ciegos o Discapacitados *(Complete esta sección si desea Seguro de Salud o Asistencia Monetaria para las personas que tienen 65 años de edad o mayores, ciegos o discapacitados.)*

La persona pidiendo asistencia médica o monetaria:

¿Necesita ayuda pagando facturas médicas de los últimos tres meses? ☐ No ☐ Sí

¿Necesita el tipo de cuidado que es provisto en un asilo de ancianos? ☐ No ☐ Sí

¿Necesita asistencia médica solamente? ☐ No ☐ Sí

¿En dónde vive la persona solicitando asistencia médica o monetaria?:

☐ En su propia casa ☐ Apartamento ☐ Con un pariente o ☐ En un centro en donde alguien provee cuidado

Si vive en un centro, nombre del centro _____

Si la persona solicitando asistencia médica o monetaria está casada, por favor responda a las siguientes preguntas. Si no, continúe con la próxima pregunta.

¿Vive su cónyuge con él o ella? ☐ No ☐ Sí

¿Si respondió que "No", ¿en dónde vive su cónyuge?:

☐ En su propia casa ☐ Apartamento ☐ Con un pariente o ☐ En un centro en donde alguien provee cuidado

Si vive en un centro, nombre del centro _____

La persona pidiendo asistencia médica o monetaria:

¿Tiene un animal de servicio entrenado? ☐ No ☐ Sí

¿Tiene gastos relacionados con el trabajo? ☐ No ☐ Sí

Si respondió que "Sí", ¿cuáles son los gastos? _____

Derechos y Responsabilidades

YO ENTIENDO QUE...

- Puedo ser sancionado y tal vez se me requiera reembolsar beneficios que recibí si mi información no es verdadera. Las sanciones pueden incluir acciones administrativas, civiles o criminales en mi contra, incluyendo un juicio.
- Acuerdo en que el Departamento de Salud y Bienestar puede colectar, usar y divulgar mi información. Entiendo que la información se necesita para proveer beneficios o servicios, obtener pago de mis beneficios o servicios y para la operación normal del negocio del Departamento.
- Tengo el derecho de revocar este consentimiento, por escrito, en cualquier momento excepto hasta tal punto en el que el Departamento ya ha usado y divulgado mi información de acuerdo a este consentimiento. Si revoco este consentimiento, el Departamento no puede proveer más beneficios ni servicios.
- Entiendo que seré notificado del derecho de apelar las decisiones del Departamento y puedo contactar al Departamento para información sobre el proceso de apelación.
- Mi firma certifica que el estado de ciudadanía o inmigración marcado en la página 2 es correcto de cada persona que está solicitando beneficios.
- Cuando se solicitan beneficios – además de los beneficios médicos para mi hijo – se debe de abrir un caso para el sostenimiento del niño, cuando sea aplicable.
- Yo debo entregar los pagos de reembolso médico que reciba mientras estoy registrado en el seguro de salud del estado al Departamento de Salud y Bienestar.
- Mi firma o la firma de mi representante autorizan a las oficinas del Estado de comunicarse con las compañías de seguro cuando se relacione a mi asistencia médica.
- He leído y entiendo las opciones y que tal vez sea responsable de pagar parte del costo de mi plan de salud.
- Tengo el derecho de escoger a mi doctor de cuidado principal de Conexiones Saludables, de pedir referencias para servicios y de cambiar mi doctor o clínica si mis circunstancias cambian.
- Si recibo Medicaid después de los 55 años de edad, mis bienes pueden estar sujeto a la recuperación de gastos médicos pagados en mi nombre y que cualquier transferencia de activos pueden ser reservados por una corte si no recibo el valor adecuado.
- Si recibo Medicaid o Asistencia Monetaria, se me requiere reportar cambios en mis circunstancias incluyendo ingresos, activos y mi situación de vivienda dentro de diez (10) días del cambio.
- Mi firma indica que he recibido una copia de las Prácticas de Privacidad del Departamento.

REPRESENTANTE PERSONAL/AUTORIZADO: Usted puede autorizar a otra persona para que solicite beneficios por usted y que use los Cupones de Alimentos para comprar comida para usted. Si desea autorizar a alguien, anote su nombre, teléfono y dirección abajo. ***NOTA:*** *Si su representante autorizado nos da información incorrecta que causa que le demos beneficios a los que no tiene derecho de recibir, usted tendrá que reembolsarnos los beneficios extra.*

Nombre del Representante Autorizado | Número de Teléfono | Dirección | Ciudad | Estado | Código Postal

Bajo pena de perjurio, juro o afirmo que la información que proveo es verdadera y completa.

Firma del Solicitante | Fecha

Firma del Representante Autorizado o Guardián | Fecha

IDAHO DEPARTMENT OF HEALTH & WELFARE

Cuestionario de Salud de Healthy Connections

Este cuestionario le pregunta que opina Usted de su salud.

- **Favor de completar un Cuestionario de Salud para cada persona, de 5 años de edad o mayor, que está aplicando para beneficios de Medicaid.** (Oprime aquí para más copias si las necesitas).
- Padres o tutores deben de completar el cuestionario para niños menores de 14 años de edad. Cuando complete un cuestionario por un niño, favor de proveer el **nombre, fecha de nacimiento y numero de seguro social del niño.**
- Personas mayores de 14 años deben de completar su propio cuestionario.

Instrucciones: Favor de marcar sus respuestas con un lápiz #2 o pluma negra, marcando el circulo apropiado totalmente.

Ejemplo: ○ Si ● No

Su nombre (Favor de escribir, a mano, su nombre completo en el espacio blanco):

Su Fecha de Nacimiento
(Favor de escribir en letra de molde cuidadosamente, el mes, dia y año de su nacimiento en los cuadritos blancos mm/dd/aa):

Favor de escribir su **Numero de Seguro Social** abajo. Luego, cuidadosamente llena el círculo apropiado para cada digito.

			–			–				
○ 0 ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4 ○ 5 ○ 6 ○ 7 ○ 8 ○ 9	○ 0 ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4 ○ 5 ○ 6 ○ 7 ○ 8 ○ 9	○ 0 ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4 ○ 5 ○ 6 ○ 7 ○ 8 ○ 9		○ 0 ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4 ○ 5 ○ 6 ○ 7 ○ 8 ○ 9	○ 0 ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4 ○ 5 ○ 6 ○ 7 ○ 8 ○ 9		○ 0 ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4 ○ 5 ○ 6 ○ 7 ○ 8 ○ 9	○ 0 ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4 ○ 5 ○ 6 ○ 7 ○ 8 ○ 9	○ 0 ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4 ○ 5 ○ 6 ○ 7 ○ 8 ○ 9	○ 0 ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4 ○ 5 ○ 6 ○ 7 ○ 8 ○ 9

1. ¿En general, como calificaría su salud durante las ultimas 4 semanas?

○ Excelente ○ Regular
○ Muy buena ○ Mala
○ Buena ○ Muy mala

2. ¿Durante las ultimas 4 semanas, cuánto le limitaron sus problemas de salud con sus actividades usuales (como caminar, o subir escaleras)?

○ Nada, en absoluto ○ Mucho
○ Muy poco ○ No pude hacer actividades físicas
○ Algo

3. ¿Durante las ultimas 4 semanas, cuanta dificultad tuvo con las siguientes actividades debido a su salud fisica?

	No pude hacer este tipo de actividad	Tuve algunas limitaciones	Tuve pocas limitaciones	No fui limitado
a. ¿Hacer cosas que requieren energía como andar en bicicleta o patinar?	○	○	○	○
b. ¿Agacharse o levantar algo?	○	○	○	○

4. ¿Durante las últimas 4 semanas, cuanto le limitaron sus problemas personales o emocionales de hacer sus labores diarias, como ir a la escuela u otras actividades usuales?

○ Nada, en absoluto ○ Mucho
○ Muy poco ○ No pude hacer actividades diarias
○ Algo

Favor de continuar en la siguiente pagina ➡

5. ¿Cuanto pesa (en libras)?

(Anota su peso, en libras, en las 3 cajitas; luego llena cuidadosamente los círculos apropiados. Si pesa menos de cien libras, llena las dos cajitas del lado derecho.)

○ 0	○ 0	○ 0
○ 1	○ 1	○ 1
○ 2	○ 2	○ 2
○ 3	○ 3	○ 3
○ 4	○ 4	○ 4
○ 5	○ 5	○ 5
○ 6	○ 6	○ 6
○ 7	○ 7	○ 7
○ 8	○ 8	○ 8
○ 9	○ 9	○ 9

6. ¿Cual es su estatura?

(Anota los pies y las pulgadas en las cajitas y luego llena cuidadosamente los círculos apropiados.)

pies	**pulgadas**
○ 3 pies	○ 0 pulgadas
○ 4 pies	○ 1 pulgada
○ 5 pies	○ 2 pulgadas
○ 6 pies	○ 3 pulgadas
○ 7 pies	○ 4 pulgadas
	○ 5 pulgadas
	○ 6 pulgadas
	○ 7 pulgadas
	○ 8 pulgadas
	○ 9 pulgadas
	○ 10 pulgadas
	○ 11 pulgadas

7. ¿Le interesa bajar de peso? ○ Si ○ No

8. ¿Fuma? ○ Si ○ No

9. ¿Usa otros productos de tabaco (pipa, puro, tabaco que se masca)? ○ Si ○ No

10. ¿Si fuma o usa otros productos de tabaco, quisiera parar? ○ Si ○ No

11. ¿En alguna ocasión, le ha dicho un doctor que tiene uno de los siguientes problemas crónicos de la salud?

a. ¿Asma o problemas de respiración? ○ Si ○ No

b. ¿Diabetis o azúcar alta en la sangre? ○ Si ○ No

c. ¿Presión alta? ○ Si ○ No

d. ¿Problemas emocionales? ○ Si ○ No

12. ¿Ha estado hospitalizado por causa de un accidente? ○ Si ○ No

13. ¿Hace cuanto tiempo tuvo un chequeo rutinario por un doctor? Un chequeo rutinario es un examen físico general, no es un examen para una herida, enfermedad o condición específica.

- ○ Dentro del ultimo año (hace 1-12 meses)
- ○ Dentro de los últimos 2 años (hace 1-2 años)
- ○ Dentro de los últimos 5 años (hace 2-5 años)
- ○ Hace 5 años o mas
- ○ No recuerdo
- ○ Nunca

14. ¿Tiene un doctor o clínica donde va para el cuidado general de su salud? ○ Si ○ No

Si tiene, favor de apuntar el nombre y numero de teléfono de su doctor o clínica en el espacio blanco.

15. ¿Esta embarazada? ○ Si ○ No ○ No se

16. ¿Si esta embarazada, ya tiene un doctor o clínica para su cuidado prenatal? ○ Si ○ No ○ No aplico

IDAHO DEPARTMENT OF HEALTH & WELFARE

Aviso sobre las Prácticas de Privacidad

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SU INFORMACIÓN PUEDE SER USADA Y DIVULGADA Y CÓMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVÍSELA CON CUIDADO.

- Si usted tiene cualquier pregunta sobre este Aviso, por favor contacte a la Oficina de Privacidad del Departamento de Salud y Bienestar al 208-334-6519 ó por correo electrónico al PrivacyOffice@idhw.state.id.us.

- Usted puede solicitar una copia de este aviso en cualquier momento. Copias de este aviso están disponibles en las oficinas del Departamento de Salud y Bienestar. Este aviso también está disponible en el sitio web del Departamento de Salud y Bienestar en http://www2.state.id.us/dhw/index.htm.

EL PROPÓSITO DE ESTE AVISO

Este Aviso sobre las Prácticas de Privacidad describe cómo el Departamento de Salud y Bienestar de Idaho (Departamento) maneja información confidencial, siguiendo los requisitos estatales y federales. Todos los programas dentro del Departamento pueden compartir información confidencial entre sí como sea necesario para proveerle beneficios o servicios y para el propósito normal de un negocio. El Departamento también puede compartir su información confidencial con otros fuera del Departamento como sea necesario para proveerle beneficios o servicios.

Nosotros estamos dedicados a proteger su información confidencial. Nosotros creamos archivos de los beneficios o servicios que usted recibe por parte del Departamento. Nosotros necesitamos estos archivos para proveerle cuidado y servicios de calidad. También necesitamos estos documentos para seguir las leyes locales, estatales y federales.
Se nos requiere de:

- usar y divulgar información confidencial como la ley lo requiere;
- mantener privada su información;
- darle este aviso de nuestros deberes legales y prácticas de privacidad para su información; y
- seguir los términos del aviso que está actualmente en efecto.

Este Aviso sobre las Prácticas de Privacidad no afecta su elegibilidad para recibir beneficios o servicios.

SUS DERECHOS SOBRE SU INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

1. Derecho de Revisar y Copiar

Usted tiene el derecho de revisar y copiar su información como lo permita la ley.

Si a usted le gustaría revisar y copiar su información, el formulario "Records Request" (Solicitud de Documentos) está disponible en las oficinas del Departamento. Usted debe completar este formulario y regresarlo a una oficina del Departamento para procesarlo. El Departamento le responderá dentro de 3 días de trabajo de cuando se recibió su petición. El Departamento puede extender el tiempo que se toma en responderle a 7 días de trabajo adicionales si la información que solicita no puede ser localizada ni recuperada dentro de los 3 días originales. Si este es el caso se le enviará un aviso de la extensión y la razón de ésta.

Si desea recibir una copia de la información, puede que exista un cobro. Si pide 100 páginas o más de nuestros archivos, el cobro puede ser de 10¢ por página.

Se le notificará si existe información que legalmente no le podemos divulgar.

2. Derecho de Corregir

Usted tiene el derecho de pedirnos que hagamos cambios a su información si cree que la información que tenemos sobre usted es errónea o no está completa.

Si le quiere pedir al Departamento que cambie su información, el formulario "Request to Amend Records" (Solicitud para Corregir Documentos) está disponible en las oficinas del Departamento. Usted debe completar este formulario y regresarlo a una oficina del Departamento para procesarlo. El Departamento le responderá a su petición dentro de 10 días.

Nosotros podemos negar su petición si nos pide que cambiemos información que:

- No fue creada por el Departamento;
- No es parte de la información que es mantenida por el Departamento ni es para éste;
- No es parte de la información que se le permite revisar y copiar; o
- Nosotros determinamos que está correcta y completa.

3. Derecho de Restringir Divulgaciones de la Información sobre la Salud

Usted tiene el derecho de pedirnos que no compartamos su información sobre la salud para su tratamiento o servicios, o en el propósito normal de un negocio. Usted nos debe decir qué información no desea que compartamos y con quién no la debemos compartir.

Si usted quiere pedirle al Departamento que no comparta su información, el formulario "Request to Restrict Health Information Disclosures" (Solicitud para Restringir las Divulgaciones de la Información sobre la Salud) está disponible en las oficinas del Departamento. Usted debe completar este formulario y regresarlo a una oficina del Departamento para procesarlo. El Departamento responderá a su petición dentro de 10 días.

Si otorgamos su petición, nosotros cumpliremos con su deseo a menos que la información se necesite para darle tratamiento en caso de emergencia o hasta que suspenda la restricción.

4. Derecho a una Manera Alterna de la Entrega de Información

Usted tiene el derecho de pedir que le entreguemos su información a una dirección diferente. Por ejemplo, nos puede pedir que le enviemos su información de un programa a una dirección diferente de la de otros programas de los cuales usted recibe servicios o beneficios.

Si usted desea solicitar una manera alterna de la entrega de su información, el formulario "Request for Alternate Means of Delivery" (Solicitud para una Manera Alterna de Entrega) está disponible en las oficinas del Departamento. Usted debe completar este formulario y regresarlo a una oficina del Departamento para procesarlo. El Departamento responderá a su petición dentro de 10 días.

Nosotros no le preguntaremos la razón de su petición. Todas las solicitudes razonables serán aprobadas.

5. Derecho a un Reporte de las Divulgaciones de la Información sobre la Salud

Usted tiene el derecho a un reporte de las divulgaciones de la información sobre su salud. Este reporte de divulgaciones no incluye las veces en que hemos compartido su información de la salud para tratamiento, pago para su tratamiento o para el propósito normal de un negocio, o las veces que nos autorizó para compartir su información.

Si usted desea solicitar un reporte de las divulgaciones de la información sobre su salud, el formulario "Request to Receive a Report of Health Information Disclosures" (Solicitud para Recibir un Reporte de las Divulgaciones de la Información sobre la Salud) está disponible en las oficinas del Departamento. Usted debe completar este formulario y regresarlo a una oficina del Departamento para procesarlo. El Departamento responderá a su petición dentro de 10 días.

El primer reporte que nos pida y que recibe en el paso de un año será libre de cobro. Para reportes adicionales dentro del mismo año, cobraremos los gastos de proveerlo. Nosotros le diremos el costo y usted puede remover o cambiar su petición en ese entonces antes de que se le cobre algo.

CÓMO EL DEPARTAMENTO PUEDE USAR Y COMPARTIR SU INFORMACIÓN

Ocasiones en donde no se necesita su permiso

- **Para Recibir Tratamiento**. Nosotros podemos usar su información para darle beneficios, tratamiento o servicios. Podemos compartir su información con una enfermera, un profesional médico u otra persona que le está dando tratamiento o servicios. Los programas en el Departamento también pueden compartir su información para coordinar servicios que tal vez necesite. Nosotros también podemos compartir su información con personas fuera del Departamento que participan en su cuidado, tales como miembros de la familia, representantes informales o legales, u otros que le pueden dar servicios como parte de su cuidado.

- **Para Recibir Pago**. Nosotros podemos usar y compartir su información para el tratamiento y los servicios que recibe por medio del Departamento puedan ser pagados. Por ejemplo, necesitamos darle a su compañía de seguro médico información sobre el tratamiento o los servicios que recibió para que su seguro médico pueda pagar el tratamiento o los servicios.

- **Para la Operación del Negocio**. Nosotros podemos usar y compartir su información con propósito de operar el negocio. Esto es necesario para la operación diaria del Departamento y para asegurarnos de que todos nuestros clientes reciben calidad de cuidado. Por ejemplo, podemos usar su información para revisar nuestra provisión de tratamiento y servicios y para evaluar el desempeño de nuestro personal cuando le provee servicios.

Ocasiones en donde se necesita su permiso

- **Por razones que no son para el tratamiento, el Pago o la Operación del Negocio.** Existen ocasiones cuando el Departamento tenga que usar y compartir su información por razones que no son para el tratamiento, el pago y la operación del negocio como se explicó arriba. Por ejemplo, si su empleador o escuela le pide información al Departamento que no es parte del tratamiento, del pago ni la operación del negocio, el Departamento le pedirá una autorización por escrito permitiéndonos compartir esa información. Si nos da permiso para usar y compartir su información, usted también puede suspender ese permiso en cualquier momento, si lo hace por escrito. Si suspende su permiso, no usaremos ni compartiremos esa información. Usted debe comprender que no podemos recuperar información que ya compartimos con su autorización.

- **Personas que son parte de su cuidado o pago por su cuidado.** Nosotros podemos darle información a un miembro de la familia, a un representante legal, o a alguien a quien usted ha designado como parte de su cuidado. También le podemos dar su información a alguien que le ayuda a pagar por su cuidado. Si usted no puede decir sí o no a dicha divulgación, podemos compartir su información como sea necesario si determinamos en nuestra opinión profesional que es para su bienestar. También, podemos compartir su información en un desastre para que su familia o representante legal esté informada sobre su condición, estado y localidad.

Otros usos de su información que pueden ser hechos sin su permiso

- Para recordatorios de citas
- Para alternativas de tratamiento
- Como lo requiera la ley
- Para el riesgo de la salud pública
- Para la policía
- Para demandas y disputas
- Para médicos forenses, examinadores médicos, directores de funerales
- Para donar órganos y tejido
- Para tratamiento de emergencia
- Para prevenir una amenaza grave a la salud y seguridad
- Para organizaciones militares y de veteranos
- Para actividades de supervisión de la salud
- Para actividades de seguridad nacional e inteligencia
- Para instituciones correccionales

REQUISITOS ESPECIALES

Información que se ha recibido de un programa de tratamiento para el abuso de sustancias financiado con fondos federales o por medio del programa de bebés y niños pequeños no será divulgada sin la autorización específica de la persona o de un representante legal.

CAMBIOS A ESTE AVISO

El Departamento tiene el derecho de cambiar este aviso. Una copia de este aviso se encuentra fijado en nuestras oficinas del Departamento. La fecha de vigencia de este aviso se muestra arriba de cada página. Si el Departamento hace algún cambio a este Aviso sobre las Prácticas de Privacidad, el Departamento seguirá los términos del aviso que está actualmente en vigencia.

QUEJAS

Si usted cree que sus derechos de privacidad sobre su información de la salud han sido violados, usted puede someter una queja por escrito con el Departamento de Salud y Bienestar de Idaho. Todas las quejas que son entregadas al Departamento deben ser por escrito en el formulario de "Complaint Privacy" (Quejas de Privacidad) que está disponible en las oficinas del Departamento. Para someter una queja con el Departamento, envíe el formulario completado de Quejas de Privacidad a:

Idaho Department of Health and Welfare
Privacy Office
P.O. Box 83720
Boise, ID 83720-0036

Si usted cree que sus derechos de privacidad sobre su información de la salud han sido violados, usted también puede someter una queja con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. Su queja debe ser por escrito y debe poner el nombre de la organización la cual es el sujeto de su queja y describir lo que cree que fue violado. Envíe su queja por escrito a:

Region 10
Office for Civil Rights
U. S Department of Health and Human Services
2201 Sixth Avenue-Suite 900
Seattle, Washington 98121-1831

Para todas las quejas sometidas por correo electrónicas enviar a OCRComplaint@hhs.gov

Una queja ya sea con el Departamento de Salud y Bienestar o con el Secretario de Salud y Servicios Humanos debe ser sometida dentro de 180 días de cuando usted cree que la violación a la privacidad ocurrió. Este límite de tiempo para someter quejas puede ser suspendido con buena causa.

Usted no será castigado ni se tomarán represalias en su contra por someter una queja.

Los costos asociados con esta publicación están disponibles en el Departamento de Salud y Bienestar de Idaho, IDHW/50,000-6/03. Costo por unidad $.03